

Formulario de fin temprano de embarazo - Access for Infants and Mothers (AIM)

Si su embarazo termina temprano, por favor llene este formulario. Envíe su formulario por correo o fax a:
AIM Program, P.O. Box 15559, Sacramento, CA 95852 Fax 1-888-889-9238

A. Información de la afiliada:

- Nombre de la afiliada: _____
- Fecha de nacimiento de la afiliada: ____ / ____ / ____
- Family Member Number de AIM: _____
- Domicilio: _____

B. Formulario de fin temprano de embarazo para AIM:

Usted debe notificar al Programa AIM dentro de 30 días sobre el fin de su embarazo. Puede enviarle al Programa AIM el Formulario de fin temprano de embarazo por correo o fax. Este formulario puede ser usado para certificar el fin temprano de un embarazo.

Puede usar un formulario diferente siempre y cuando tenga la misma que este y que esté firmado por un profesional de atención médica autorizado o certificado. Las personas que pueden certificar el fin temprano de un embarazo para el Programa AIM pueden incluir las siguientes:

Médicos (generales u osteópatas) Enfermeras tituladas Enfermeras parteras certificadas
Enfermeras vocacionales autorizadas Asistentes de los médicos Asistentes médicos

La persona que certifica el fin temprano de embarazo debe llenar la siguiente información:

Certifico que la persona mencionada arriba ya no está embarazada.

Nombre del establecimiento		Fecha
Dirección del establecimiento		Número de suite
Ciudad	Estado	Código postal
Número de teléfono()	Número de fax()	Fecha en que terminó el embarazo (<i>requerida</i>)
Escriba con letra de molde el apellido del profesional de atención médica (<i>requerido</i>)		
Escriba con letra de molde el nombre del profesional de atención médica (<i>requerido</i>)		Inicial
Firma del profesional de atención médica (<i>requerida</i>)		
Título médico (<i>requerido</i>)		Número de licencia médica

C. La afiliada en AIM debe firmar abajo:

Entiendo que si mi embarazo terminó **antes** de mi fecha efectiva de cobertura, no seré elegible para AIM, y que AIM no cubrirá cualquier servicio médico que yo he recibido.

Entiendo que si mi embarazo termina **después** de mi fecha efectiva de cobertura, seré dada de baja 60 días después de que termine mi embarazo. AIM no cubrirá cualquier servicio médico que yo reciba después de los 60 días de cuando mi embarazo terminó. Entiendo que de cualquier modo tendré que pagar cualquier pago pendiente a AIM, aún si elijo pagar la contribución de afiliada durante el periodo de 12 meses.

Certifico que he leído y entendido la previa información. También certifico que la información que he dado en este formulario es verdadera y correcta.

Firma de la afiliada _____ Fecha _____

Si tiene alguna pregunta, por favor llame al Programa AIM al 1-800-433-2611, de lunes a viernes de 8:00a.m. a 8:00p.m. y los sábados, de 8:00a.m. a 5:00p.m.